



Una guía paso a paso para obtener cobertura de salud de calidad

Tenemos el plan para ti.

Covered California es el lugar donde los californianos pueden buscar y comparar planes de salud de calidad entre una variedad de compañías de seguros de renombre. Hasta podrías obtener ayuda para pagarlo.

Esta guía te ayudará a entender mejor tus opciones de cobertura para que puedas inscribirte en el plan de salud que mejor se ajusta a tus necesidades.

Estamos aquí para ayudarte.

Covered California ofrece ayuda gratis y confidencial en persona, chat en línea y ayuda telefónica en 13 idiomas como también para las personas con discapacidad auditiva. Para obtener ayuda en cualquier momento del proceso de inscripción, llama al **800.300.0213** o visita **CoveredCA.com/espanol**.

Paso uno:

Entérate si calificas para recibir ayuda económica para pagar tu seguro médico

Según tu ingreso familiar anual, es posible que califiques para lo que se llama un Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (APTC, por sus siglas en inglés) para ayudarte a reducir tus primas mensuales. O, podrías calificar para obtener cobertura médica a bajo o ningún costo a través de Medi-Cal.

Año de cobertura 2019



Ingreso familiar anual máximo para calificar para ayuda económica

TAMAÑO FAMILIAR	MEDI-CAL	COVERED CALIFORNIA
1	\$16,754	\$48,560
2	\$22,715	\$65,840
3	\$28,677	\$83,120
4	\$34,638	\$100,400
5	\$40,600	\$117,680
6	\$46,652	\$134,960

Podrías calificar para Medi-Cal a bajo o sin costo alguno.

Podrías calificar para ayuda económica a través de Covered California.

Las cantidades mostradas son solo estimaciones. Para familias más grandes, visita la herramienta de Buscar y Comparar en CoveredCA.com/espanol para saber si tu familia califica. La inscripción en Medi-Cal es todo el año.



Inscríbete el 15 de octubre al 15 de enero.

Para que tu cobertura empiece el 1 de enero, inscríbete antes del 15 de diciembre.

Cómo obtener cobertura de salud de calidad

Paso dos:

Explora tus opciones de cobertura

Covered California ofrece cuatro niveles de cobertura: Bronze, Silver, Gold y Platinum. En cada nivel de cobertura, las compañías de seguros pagan una parte de los servicios cubiertos, y los beneficios ofrecidos dentro de cada nivel son los mismos sin importar la compañía de seguros que elijas.

- **Elige Platinum o Gold** y pagarás una prima mensual más alta, pero pagarás menos por servicios médicos.
- **Elige Silver o Bronze** y pagarás una prima mensual más baja, pero pagarás más por servicios médicos.
- **Un plan de cobertura mínima** está disponible para aquellos menores de 30 años o para aquellos que puedan comprobar dificultades económicas.

Buscar y Comparar

Visita CoveredCA.com/espanol y haz clic en **Buscar y Comparar** para ver qué planes de salud de renombre son los adecuados para ti.



Beneficios de cobertura estándar por nivel

BENEFICIOS CLAVES	BRONZE Cubre 60% del costo anual promedio	SILVER** Cubre 70% del costo anual promedio	GOLD Cubre 80% del costo anual promedio	PLATINUM Cubre 90% del costo anual promedio
Deducible individual/familiar	\$6,300/\$12,600	\$2,500/\$5,000	Sin deducible	Sin deducible
Visita de cuidado preventivo anual	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Copago por visita de cuidado primario	\$75*	\$40	\$30	\$15
Copago por visita de cuidado urgente	\$75*	\$40	\$30	\$15
Copago por sala de emergencia	Costo total hasta alcanzar el deducible	\$350	\$325	\$150
Copago por medicamento genérico	Costo total hasta alcanzar el deducible de \$500	\$15	\$15	\$5
Gastos máximos de bolsillo para un individuo	\$7,550	\$7,550	\$7,200	\$3,350
Gastos máximos de bolsillo para una familia	\$15,100	\$15,100	\$14,400	\$6,700

La tabla no incluye todos los precios de copagos y coseguros médicos. Para más información, visita CoveredCA.com/espanol.

*Los planes Bronze no exigen deducible para las primeras tres visitas de cuidado primario o visitas de cuidado urgente. Las visitas adicionales se cobran al costo completo hasta que se haya cumplido el deducible.

**El nivel Silver es el único en el cual tu deducible y otros costos pueden ser más bajos dependiendo de los ingresos de tu hogar.

Covered California cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.800.300.1506 (TTY: 1.888.889.4500). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.300.0213 (TTY: 1.888.889.4500). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.800.300.1533 (TTY 1.888.889.4500)



Cómo obtener cobertura de salud de calidad

Paso tres:

Lo que necesitas para inscribirte

Para todo miembro de la familia que esté solicitando cobertura se necesita lo siguiente:

- Comprobante del ingreso familiar actual*
- Fecha de nacimiento
- Identificación o licencia de conducir de California para los adultos
- Código postal del hogar
- Pasaporte estadounidense, tarjeta de residente legal, certificado de ciudadanía o naturalización**
- Número de Seguro Social o número de Identificación Personal del Contribuyente

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés)

Como parte de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, Covered California es un programa donde la mayoría de los residentes legales de California y sus familias pueden comparar planes de salud de calidad y elegir el que mejor se ajuste a sus necesidades de salud y presupuesto. La ley requiere que:

- Las condiciones de salud preexistentes no puedan evitar que una persona reciba cobertura.
- Tu plan no pueda ser cancelado porque estás enfermo o lesionado.
- Los adultos jóvenes puedan estar cubiertos bajo los planes de sus padres hasta los 26 años.
- Todos los planes incluyan cuidado preventivo gratuito.

Entender lo que son los HMO, PPO y EPO

La mayoría de las compañías de seguros ofrecen tres clases de planes:

HMO

Las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) solo cubren servicios médicos dentro de la red del plan. Los HMO a menudo requieren que sus miembros sean referidos por su médico de cuidado primario para ver a un especialista.

PPO

Las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) pagan por los servicios médicos dentro y fuera de la red del plan, pero los miembros pagan una cantidad más alta del costo para el cuidado fuera de la red. No se requiere ser referido para ver a un especialista.

EPO

Las Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPO) en general no cubren el cuidado fuera de la red del plan, pero es posible que los miembros no necesiten ser referidos para ver a un especialista dentro de la red.

Es importante tener en cuenta que no todos los HMO, PPO y EPO son iguales. Antes de elegir un plan, utiliza la herramienta de Buscar y Comparar en CoveredCA.com/espanol para obtener detalles, como por ejemplo qué doctores y hospitales están cubiertos y cuánto costará ver a un doctor fuera de la red.

*Comprobante de ingresos actuales de todos los miembros de la familia tal como una declaración de impuestos reciente, un W-2 o talón de pago. Solo se deben incluir los ingresos de un dependiente si su nivel de ingresos requiere que presente una declaración de impuestos. Una familia se define como la persona que declara impuestos como jefe de familia y todos los dependientes que se reclaman en los impuestos de esa persona. Si no declaras impuestos, aún así puedes calificar para un seguro gratuito o a bajo costo a través de Medi-Cal.

**Puedes solicitar cobertura para tus hijos aun si tú no calificas. Las familias que incluyen miembros que no están legalmente presentes también pueden solicitar cobertura.

Cómo obtener cobertura de salud de calidad

Paso cuatro:

Crea una cuenta e inscríbete

Inscríbete en tu plan en CoveredCA.com/espanol. Simplemente crea una cuenta de usuario y sigue el proceso de inscripción con la información en el paso tres.

Como siempre, estamos aquí para ayudarte. Si tienes preguntas o para encontrar ayuda gratis, confidencial y en persona, visita CoveredCA.com/espanol o llama al **800.300.0213**.

Paso cinco:

Guarda tu información

Asegúrate de mantener un registro de la información clave relacionada a tu solicitud.

NOMBRE DE USUARIO

CONTRASEÑA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

CÓDIGO DE ACCESO

NÚMERO DE CASO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD (NÚMERO DEL PLAN, NÚMERO GRUPAL, ETC.)

NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CONSEJERO DE INSCRIPCIÓN CERTIFICADO, AGENTE DE SEGUROS CERTIFICADO O PERSONA DEL PLAN QUE TE AYUDÓ A INSCRIBIRTE.

Paso seis:

Paga tu prima

Asegúrate de pagar tu prima (cuota) mensual en su totalidad y a tiempo para asegurar que tu cobertura continúe. La falta de pago de tu prima puede resultar en una interrupción o hasta en la cancelación de tu cobertura de salud.

Para más información o para encontrar ayuda gratis, confidencial y en persona, ponte en contacto con:

